FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891 — **THÈSE** N° — 264

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 2 juillet 1891, à 1 heure

Par Yves OLLIVIER

Né à Sainte-Suzanne (Ile de la Réunion), le 16 mars 1869

Médecin de la Marine

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES MALADIES MENTALES DES VIEILLARDS

ET EN PARTICULIER DE LA DÉMENCE SÉNILE

Président : M. BALL, *professeur.*

Juges : MM. { PETER, *professeur.* HANOT, BALLET, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1891

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891 — **THÈSE** N° — 264

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 2 juillet 1891, à 1 heure

Par Yves OLLIVIER

Né à Sainte-Suzanne (Ile de la Réunion), le 16 mars 1869

Médecin de la Marine

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES MALADIES MENTALES DES VIEILLARDS

ET EN PARTICULIER DE LA DÉMENCE SÉNILE

Président : M. BALL, *professeur.*

Juges : MM. { PETER, *professeur.* HANOT, BALLET, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	DIEULAFOY DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TILLAUX.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUS.
Clinique médicale	G. SÉE. POTAIN. JACCOUD. PETER.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	VERNEUIL. LE FORT. DUPLAY. LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER. PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. RICHET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON	MM. RIBEMONT
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLEY	POIRIER, chef des travaux anatomiques	RICARD
BRISSAUD	HANOT		ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL		SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	POUCHET	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	QUENU	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	QUINQUAUD	VILLEJEAN
DEJERINE	MARIE	RETTERER	WEISS
	MAYGRIER	REYNIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que es opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni mprobation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MEMOIRE DE MON FRÈRE ET DE MA SŒUR

A MON PÈRE

A MON GRAND-PÈRE

A MA TANTE

A MES SŒURS ET A MES BEAUX-FRÈRES

A MON FRÈRE ET A MA BELLE-SŒUR

A MES MAITRES DE BREST

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR BALL

Professeur de clinique des maladies mentales et de l'encéphale
Médecin de l'hôpital Laënnec
Chevalier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROUILLARD

Chef de clinique des maladies mentales
Médecin adjoint de Sainte-Anne

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES MALADIES MENTALES

ET EN PARTICULIER DE LA DÉMENCE SÉNILE

AVANT-PROPOS

Si la pathologie de la vieillesse n'est pas une question plus jeune que les sujets qui en sont l'objet, on peut cependant affirmer que l'étude n'en a pas souvent été abordée et que bien des lacunes existent dans l'histoire de la pathologie sénile, au moins en ce qui concerne les troubles mentaux. La monotonie des symptômes, le caractère ennuyeux de ces malades qui lassent la patience la plus angélique, et l'incurabilité presque absolue des maladies des vieillards ont éloigné certainement la plupart des observateurs. Et pourtant ces malades sont intéressants au moins par leur nombre en apparence toujours croissant.

En effet, on constate dans les asiles d'aliénés de la Seine, que sur 3286 entrées pendant l'année dernière il y a eu 589 démences séniles, plus d'un cinquième. Sur 1170 décès il y en a eu 296, près du quart. Enfin, parmi les 5974 malades présents, 865 ont plus de 60 ans.

D'où vient que la proportion des vieillards est aussi forte dans les maisons de fous? L'aliénation mentale estelle plus fréquente aujourd'hui dans la vieillesse? Nous ne le croyons pas cependant, et nous estimons que la raison de cet état de choses se trouve tout simplement dans l'insuffisance des hospices pour la vieillesse. Les familles et les hôpitaux se débarrassent sur les asiles d'aliénés, en déclarant que ces malades sont atteints de démence sénile et troublent le repos des salles.

Cet état de choses est injuste et préjudiciable aux intérêts moraux du malade. En effet, en faisant passer un simple affaibli pour un aliéné, on lui enlève, pour la durée de son séjour, et sa capacité civile et sa capacité testamentaire. Bien des familles peuvent ainsi abuser d'un vieillard.

Au point de vue scientifique, il y a lieu de réagir contre la tendance à englober sous l'étiquette de sénilité, toutes les affections, tous les troubles que peut présenter un homme d'un âge avancé. Nous nous efforcerons au cours de cette thèse, qui n'a d'autre prétention que d'être un coup d'œil d'ensemble, une revue générale de la question au point où elle se trouve aujourd'hui, nous nous efforcerons de montrer que bien des malades présentent l'état mental d'un sénile à un âge relativement jeune et sont ainsi atteints de sénilité précoce, qu'il y a lieu de distinguer parmi les déments séniles, ceux qui présentent un affaiblissement simple des facultés et peuvent être traités dans leur famille ou un hospice ordinaire, de ceux qui en outre présentent du délire, et par leurs actes inconscients peuvent être un danger pour eux-mêmes et pour la société.

En dernier lieu nous verrons quelles sont les modifications que l'âge fait subir aux diverses variétés de maladies mentales.

Avant d'entrer dans le développement de cette thèse, nous prions notre excellent maître, M. le professeur Ball, d'agréer nos remerciments pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de la présider. Retenu dans un port de guerre par les exigences de notre service, nous n'avons pu autant que nous aurions voulu profiter de ses leçons, mais qu'il nous permette de le remercier de l'accueil si bienveillant qu'il nous fait depuis six mois que nous sommes à Paris et que nous fréquentons assidument ses leçons cliniques de Sainte-Anne.

Nos sincères remerciements à notre bon ami, M. le Dr Rouillard, chef de clinique, qui nous a suggéré cette étude et nous a aidé de ses conseils et de son expérience.

I

DÉMENCE. SÉNILITÉ. SÉNILITÉ PRÉCOCE.

S'il nous faut définir la démence, nous serons très embarrassé, car les savants ne sont pas d'accord sur la signification à apporter à ce terme qui ne répond pas dans l'esprit de chacun à un type bien défini.

« La démence, dit M. Tourdes (1), est l'affaiblissement ou l'oblitération des facultés intellectuelles et affectives, accompagnée de l'affaiblissement et de l'extinction des facultés motrices. » La démence peut donc se montrer à la suite d'une foule d'états pathologiques. C'est, en pathologie mentale, le carrefour où aboutissent et se confondent les diverses variétés d'aliénation mentale. M. le professeur Ball divise cet *état-terminus* en trois groupes : les démences *organiques*, les démences *toxiques*, les démences *névropathiques*. Nous ne décrirons que les premières et ne signalerons les deux autres qu'au point de vue du diagnostic différentiel.

Pinel (2) est le premier qui ait donné au mot démence une signification en rapport avec son étymologie, et qui en ait donné une définition assez précise, à l'époque où

1. Tourdes. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.* Article *Démence.*

2. Pinel. *De l'aliénation mentale*, page 180.

le Code civil et le Code pénal donnaient au mot démence la signification la plus vague en en faisant le synonyme d'aliénation mentale.

Pinel résume ainsi les caractères particuliers de la démence : « Succession rapide, ou plutôt alternative, non interrompue d'idées isolées et d'émotions légères et disparates, mouvements désordonnés et actes successifs d'extravagance, oubli complet de tout état antérieur, abolition de la faculté d'apercevoir les objets par des impressions faites sur les sens, oblitération du jugement, activité continuelle sans but et sans dessein, et nul sentiment intérieur de son existence. »

Cette description si juste a le tort de négliger les troubles physiques, et s'applique aussi bien à la démence sénile qu'à la démence de la paralysie générale.

Cette confusion existait certainement dans l'esprit de Pinel dont le livre que nous citons date de 1809 et est antérieur par conséquent à la première description de la paralysie générale, donnée par Bayle en 1822. Nous devons donc, faute de mieux, considérer la démence comme l'affaiblissement graduel et progressif du physique et du moral.

Maintenant que l'esprit est fixé sur la signification du mot démence, voyons ce qu'il faut entendre par sénilité.

M. Charpentier, médecin du quartier des aliénés de l'hospice de Bicêtre, définit ainsi la vieillesse ou sénilité : « C'est le complexus de destruction, le processus de dissolution qui, commençant ordinairement à soixante ans,

se continue jusqu'à la terminaison de la vieillesse d'une façon lente et progressive (1). »

Mais ce qui constitue la sénilité n'est pas seulement l'âge du malade, puisque le même état peut se rencontrer à un âge moins avancé que soixante ans. Cette sénilité précoce, prématurée, est l'état de ces sujets, vieux avant l'âge, tant au point de vue de l'habitus physique que du caractère, de l'état mental. Elle peut se montrer à cinquante, et même à quarante ans. Visage et mains ridés, peau sèche et terreuse, cheveux blanchis ou tombés, dents cariées ou disparues, affaiblissement général du système musculaire, de l'appareil digestif, de l'appareil respiratoire.

C'est bien là, en effet, le tableau de la sénilité, mais il y a entre cette sénilité précoce et la vraie sénilité, une autre différence que celle de l'âge, puisque la première est susceptible de s'amender, tandis que la seconde suit une marche fatale. Comme nous le verrons plus loin, cet état peut être aisément confondu avec la nostalgie, avec la dépression mélancolique. A plus forte raison nous n'assimilerons pas à la vieillesse la pseudo-sénilité de ces jeunes gens, chauves à vingt-cinq ans, et dont le genre de vie, les conceptions intellectuelles, les sentiments affectifs sont ceux du vieillard. On comprend toute la différence qui sépare cet état de démence précoce des états morbides que Forolle avait décrits sous le nom de démence apparente, ainsi que de la mélancolie avec stupeur de Baillarger (bien que celle-ci puisse conduire à la démence

1. Charpentier. *Des troubles mentaux dans la sénilité précoce. In. annales médico-psychologiques*, 1885.

précoce), de la démence aiguë de Hack-Tuke, de la torpeur cérébrale décrite par M. Ball, et des commotions désignées par Lasègue sous le nom de traumatisme moral.

Ces restrictions faites, nous ne pouvons mieux faire que d'attribuer au mot sénilité toute l'extension qu'il est possible de lui donner. « On a l'âge de ses vaisseaux », a dit si justement M. le professeur Peter. C'est, en effet, dans les neuf dixièmes des cas à l'athérome qu'il faut attribuer la sénilité précoce. En dehors d'eux, on ne trouve que des mélancoliques ou des cachectiques.

II

DE LA DÉMENCE SÉNILE SIMPLE.

Nous ferons une distinction importante en divisant en deux groupes les cas de démence sénile. Tous présentent ce cachet démentiel sur lequel nous avons déjà insisté. Mais les uns n'offrent pas d'autre trouble que cet affaiblissement des facultés, c'est la démence sénile simple. Les autres ont en plus des accès de durée variable, et de caractère variable, qui constituent un véritable délire, une vraie folie surajoutée, c'est la démence sénile délirante. Elle peut guérir, mais il reste toujours le substratum de démence simple. On peut, en somme, faire à la démence sénile application de la théorie si juste de Baillarger sur la dualité de la paralysie générale, qui l'a conduit à distinguer la démence paralytique de la folie paralytique.

« La démence la plus simple, a dit Broussais (1), celle des vieillards, qui ne sont ni fous ni paralytiques, se déclare par une loquacité incohérente dans laquelle on remarque des répétitions qui indiquent l'affaiblissement de la mémoire. » Il ne faudrait pas confondre cette loquacité souvent intarissable de certains vieillards avec la manie vésanique, ou avec son degré plus faible,

1. Broussais. *De l'irritation et de la folie.*

l'excitation maniaque. Si l'on prend la peine d'écouter ce verbiage, on y remarque une certaine logique : le maniaque, comme l'a dit M. Falret (1), fait des ellipses.

De plus les conceptions qui se heurtent en foule dans le cerveau du maniaque, ont trait à toutes les époques de sa vie, mais surtout aux traits récents qui ont amené son excitation, et souvent même aux faits survenus depuis l'invasion de la maladie, depuis son internement. La mémoire, en effet, dans la manie vésanique, conserve toute son intégrité (2), chose fort remarquable. Au contraire, le délire de l'excitation maniaque du vieillard roule sur des faits anciens, presque toujours les mêmes, redits, ressassés, rabachés continuellement.

La constatation seule de cet état de la mémoire, suffirait, d'après nous, pour le diagnostic, et si le sujet n'est pas trop âgé, permettrait d'affirmer une sénilité précoce, pronostic fort grave, alors que la manie simple guérit généralement.

La principale faculté lésée dans la démence sénile est la mémoire, et cette amnésie est des plus intéressantes, car elle nous montre quelle doit être la formation normale de la mémoire. La mémoire humaine, dit M. Taine (3), est un vaste bassin où l'expérience journalière déverse incessamment divers ruisseaux d'eaux tièdes ; ces eaux plus légères restent à la surface recouvrant les autres ; puis, refroidies à leur tour elles descendent au fond par portions et par

1. Falret. *Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses.*
2. Baret. *De l'état de la mémoire dans les vésanies.* Thèse de Paris, 1886.
3. Taine. *De l'intelligence*, pages 151 et 212.

dégrés, et c'est l'afflux ultérieur qui fait la nouvelle superficie. Et plus loin, les souvenirs forment une chaîne dont les chaînons, tous du même métal apparaissent, à la fois comme unis et comme distincts.

Nous passons sans difficulté d'un chaînon à un autre, selon la loi bien connue qui régit la renaissance des images; les images de deux sensations successives tendent à s'évoquer mutuellement ; partant, quand l'image d'un de nos moments antérieurs ressuscite en nous, l'image du précédent et celle du suivant tendent à ressusciter par association et contre-coup.

Les souvenirs étant déposés couche par couche et présentant une vraie stratification, c'est aussi couche par couche qu'ils se détruiront. L'amnésie de la démence sénile est le type de l'amnésie progressive (1). Au début, ce n'est d'abord que très peu de chose. Le malade a des absences, de fréquents oublis. L'amnésie ne porte que sur les faits récents. Les évènements de la veille sont effacés le lendemain, ils ne prennent pas racine, ne s'implantent pas solidement dans un terrain déjà désorganisé et mal irrigué. La mémoire des noms, et principalement celle des noms propres, partira la première ; c'est elle, en effet, la moins tenace, car c'est elle qui évoque le moins d'idées sympathiques. Puis, la mémoire des faits non seulement journaliers, mais des faits de l'année précédente, s'effacera. Puis l'amnésie gagnera une, deux, plusieurs années ;

1. Rouillard. *Essai sur les amnésies, principalement au point de vue étiologique.* Thèse de Paris, 1884.

il ne restera plus que des souvenirs de l'enfance les plus enracinés.

N'est-ce pas une destruction analogue, non pas lente mais rapide, qui se fait dans l'agonie?

Au moment suprême de la mort, l'homme crie : maman ! maman ! Il cherche un appui.

Le seul dont il a gardé le souvenir est celui de sa mère qui a été son premier appui et son secours de chaque instant de son enfance.

C'est le souvenir le plus ancien, le plus profondément grave, c'est le dernier à s'effacer.

On raconte qu'à la fin de sa vie, Linné prenait plaisir à lire ses propres œuvres et quand il était lancé dans cette lecture, oubliant qu'il en était l'auteur, il s'écriait : « Que c'est beau ! que je voudrais avoir écrit cela ! » (1). Walter Scott vieillissant était sujet à ces sortes d'oublis. On récita un jour devant lui un poème qui lui plut : il demanda le nom de l'auteur. C'était un chant de son *Pirate*. Louyer-Villermay cite le cas d'un vieillard qui, étant avec sa femme s'imaginait être chez une dame à qui il consacrait autrefois toutes ses soirées, et il lui répétait constamment : « Madame, je ne puis rester plus longtemps, il faut que je revienne près de ma femme et de mes enfants. »

On voit par ces quelques exemples combien la mémoire est profondément lésée dans cette démence sénile. Mais si l'on scrute cette amnésie, on voit que la faculté de reproduire les images n'est pas seule atteinte, c'est aussi la

1. Ribot. *Les maladies de la mémoire.*

faculté de les recueillir, car l'attention fait défaut, si les faits ne sont pas perçus. L'atrophie de la substance grise explique surabondamment ce phénomène. C'est ici l'inverse de ce qui se produit pour les amnésies transitoires, passagères, du traumatisme, des maladies aiguës, de l'alcoolisme aigu, où les souvenirs peuvent être retrouvés après guérison. L'amnésie de la démence sénile est au contraire incurable.

Ce serait une erreur de confondre cette amnésie verbale du sénile avec celle de l'aphasique (1), quoique les langages de ces deux catégories de malades se ressemblent souvent. Chez l'un c'est un trouble moteur, chez l'autre c'est surtout un trouble intellectuel. Mais si la mémoire psychique se détruit, la mémoire organique résiste plus longtemps, et l'automatisme cérébral permet d'accomplir des actes en apparence compliqués, mais qu'une habitude routinière rend inconscients. Ce qui explique, comme le dit Calmeil, que des déments séniles, incapables par fois de dire où ils se trouvent, puissent jouer aux dominos, aux dames, aux échecs, et calculer les combinaisons de ces jeux difficiles.

Après la mémoire, ce sont les facultés morales et affectives qui sont les plus atteintes, et l'on constate pour le sentiment la même loi de régression pour la mémoire.

On appelle sentiment, le plaisir ou la douleur qui s'attachent à l'exercice de nos fonctions psychiques et organiques (2). Il y aura un sentiment lié à la reproduction,

1. Bernard. *L'aphasie et ses diverses formes*. Thèse de Paris, 1884.

2. Schisgal. *Etude sur la loi de régression dans la démence*. Thèse de Paris, 1891.

à la nutrition, à l'instinct familial ou social, et ce sentiment sera pénible ou agréable suivant que ces diverses tendances seront arrêtées ou satisfaites. Voici l'ordre dans lequel, par degré d'ancienneté, naissent en nous ces divers sentiments, d'après MM. Spencer et l'Ecole évolutionniste. C'est dans l'ordre rigoureusement universel que ces sentiments seront progressivement détruits chez le vieillard.

1° Sentiments égoïstes (ou individuels), sentiment de la conservation, sentiment de la propriété, sentiment de la liberté.

2° Sentiments égoaltruistes (ou sociaux), sentiments qui tiennent à l'espèce, sentiments d'ordre sexuel, sentiment de la famille, sentiment religieux.

3° Sentiments altruistes (moraux). Générosité sous toutes ses formes, pitié ou sympathie, sentiments de sacrifice et de dévouement.

4° Sentiments esthétiques (les plus désintéressés).

C'est progressivement que tous ces sentiments disparaîtront et à la fin de leur vie les déments séniles n'ont d'autre souci que le repas et les garde-robes. L'instinct de la conservation finit même par s'effacer. On a pu voir un dément regardant avec indifférence les progrès d'un incendie qu'il venait d'allumer imprudemment et ne pas chercher à s'y soustraire quoique le feu l'eût déjà atteint. Ordinairement le dément sénile devient d'une émotivité exagérée. Il a peur de tout et ses terreurs sont de préférence nocturnes. Comme un enfant on ne peut le laisser seul, ni sans lumière. Il pousse des cris, pleure et s'excite jusqu'à ce qu'on soit arrivé. En même temps il se déso-

lera et aura de véritables accès de désespoir, pour des futilités, telles que la mort ou la maladie d'un chat, ou s'émotionnera outre mesure en parlant de ceux qu'il a perdus, et dont il a courageusement supporté la perte vingt ou trente ans auparavant. Cette sensiblerie exagérée que la famille attendrie prend pour la marque d'un bon cœur, n'est qu'une manifestation de la démence, car le vieillard en même temps ne se laisse pas émouvoir par des malheurs véritables.

Enfin la volonté est presque détruite. Ils ne savent ce qu'ils veulent, sont dans l'impossibilité de prendre une décision, et ne trouvent pas la force du vouloir. Leurs désirs ne durent qu'un instant, car il suffit de susciter une autre idée pour leur faire perdre de vue celle qui déterminait le vouloir et semblait provoquer le désir.

Bref, l'affaiblissement général fait des progrès en surface et en profondeur, et les facultés, selon l'expression de Mandsley, sont ensevelies dans une *ruine d'oubli*. La déchéance physique fait elle-même de rapides progrès, l'amaigrissement, et même l'atrophie, font disparaître les masses musculaires, les fonctions digestives sont profondément troublées, le malade devient gâteux et tombe dans la cachexie. Cet état, suivant l'expression de M. le professeur Ball, crée une véritable opportunité morbide et prédispose aux eschares, à la pneumonie, à l'hémorrhagie cérébrale, qui enlèvent le malade.

L'observation suivante est un bel exemple de la marche régressive des sentiments et des diverses facultés dans la démence sénile.

Observation I

Recueillie à la clinique de Sainte-Anne.

R... Philibert, 70 ans, entre dans le service de M. le professeur Ball le 5 novembre 1889.

C'est à la suite des élections générales de 1889 que R... a été interné, la période électorale ayant coïncidé par hasard avec le commencement de sa démence. Jusque-là paisible, intelligent, rangé, il a voulu tout à coup se présenter à la députation, et malgré les protestations de sa famille, il s'est mêlé à un groupe anarchiste dont il prétend avoir été le chef. Après quelques discussions il élabore un programme et le fait afficher.

Voici ce programme :

Electeurs,

Ph... R., candidat républicain, anarchiste pacifique, sollicite vos suffrages. S'il est élu, il demandera :

1° Qu'une nourriture plus substantielle soit donnée aux curés.

2° Qu'on les empêche de voir des femmes et qu'on les force à respecter leurs vœux.

3° Que des emprunts nouveaux soient contractés pour payer les dettes anciennes.

4° Que la France soit proclamée le premier pays du monde.

Il prétend avoir obtenu 700 voix avec ce programme. Quoi qu'il en soit, ses tendances politiques et sociales antérieures ont péri dans la première débâcle de son intelligence, et la démence a dès le premier jour atteint les sentiments que l'on considère comme les plus récemment acquis. Au même instant, toujours en suivant une marche régressive, elle ruinait tous les intérêts supérieurs, et ne s'arrêtait que devant les sentiments de famille qu'elle

laissait intacts. Voici en effet la lettre que R... écrivait à son beau-frère le lendemain de son internement.

A M. Jean R... propriétaire à K.

Mon cher beau-frère,

Je vous écris moi qui ai eu le malheur de perdre votre sœur, ma femme il y a dix ans. J'ai 70 ans, je suis à Sainte-Anne, maison d'asile pour les vieillards, j'ai dans mon pays natal un neveu et quatre nièces qui sont notamment mariés et propriétaires. Mon vœu est d'y aller passer mes vieux jours, mais aussi, avant de mourir, voir la famille de ma femme. En conséquence s'il vous plaît que j'aille vous voir avant de partir pour Lyon où je compte me fixer définitivement. Soit le désagrément que me cause ma fille ingrate qui vit avec un homme que je méprise ; elle a un beau garçon que j'adore, quant à elle je la renie. Quand elle sera dans un état régulier, c'est-à-dire mariée, voilà le motif. Quant à son frère Adolphe, c'est le contraire, il est commis vendeur au grand magasin de l'Hôtel-de-Ville, bazar immense de grandeur et de commerce ; il me sert une pension de 2 francs par jour, payée régulièrement quand je ne travaille pas, et de un franc cinquante quand je travaille.

J'espère, s'il le veut, l'attirer à Lyon pour l'y établir à son compte. Je louerai une boutique et aurai soin de ses intérêts. Il ne tient qu'à vous que cela s'accomplisse ; écrivez-moi, et mes souhaits s'accompliront avec l'agrément de notre médecin. En attendant votre décision, je vous serre la main et vous embrasse tous et de tout cœur, en souvenir de votre pauvre sœur Liza à laquelle je suis toujours fidèle et y resterai, je vous le jure, toute ma vie.

Philibert R...

Nous avons cité cette lettre entièrement, car elle nous paraît marquer d'une façon très nette, la limite de la dégénérescence affective à laquelle le malade est en proie. Au point de vue poli-

tique et social c'est la ruine à peu près complète, mais les sentiments de famille sont restés hors d'atteinte, et ce dément parle des siens avec une simplicité presque touchante. A ce moment-là toutes les fonctions organiques s'accomplissaient avec une régularité parfaite.

Depuis lors, ce malade s'est graduellement affaibli de sentiment et d'instinct. Il est actuellement couché dans la salle des gâteux, et la seule fonction qui persiste chez lui semble être la fonction génératrice dans ce qu'elle a de plus simple, la masturbation.

III

DÉMENCE SÉNILE DÉLIRANTE.

Nous assimilions tout à l'heure, au point de vue de la marche, de la maladie et de l'apparition du délire, la démence sénile à la paralysie générale. C'est, qu'en effet, l'état de démence simple que nous avons décrit au chapitre précédent peut se compliquer de délire, d'hallucinations, qui poussent fréquemment le vieillard à commettre des actes ridicules, délictueux ou criminels, et font que, d'un simple dément le malade devient un fou. C'est à ce deuxième état que nous appliquerons le terme de *démence sénile délirante.*

Quelles que soient les manifestations si variées du délire, on trouve toujours un substratum immuable dans l'état mental de ces sujets, un fond de démence qui différencie cette affection de la plupart des autres maladies mentales. Il en résulte qu'au point de vue du pronostic, la maladie présente un pronostic restreint ; nous voulons dire que si la démence sénile délirante est améliorable et même curable, on ne peut cependant espérer mieux que de la voir se transformer en démence sénile simple. Le délire peut disparaître, le fond de démence reste.

Nous allons passer successivement en revue les différents délires qui peuvent se montrer au cours de la démence sénile et la compliquer.

A. — *Délire des grandeurs.*

On sait que le délire des grandeurs peut se rencontrer dans la paralysie générale, dans le délire des persécutions ou maladie de Lasègue, dans la débilité mentale, dans la manië et l'excitation maniaquë, dans l'hystérie et l'épilepsie, dans l'alcoolisme, dans la démence apoplectique et enfin dans la démence sénile. M. Ball et M. Dagonet ont même publié chacun des cas de délirë ambitieux, primitif, essentiel.

Chez les vieillards, ce délire est moins fréquent que les autres. Nous avons vu dans une statistique de M. Pichon, ex-chef de clinique à Sainte-Anne, que le délire de grandeurs ne dépend de la démence sénile que deux fois sur cent. Ici, il est quelquefois associé au délire religieux. Mais il peut être isolé. Le malade se croit millionnaire, général, ministre, etc. D'une façon générale, ces idées de grandeurs affectent le type de celles de la paralysie générale, qui sont, comme l'on sait, multiples, mobiles, incohérentes et contradictoires entre elles. Il est rare de voir un dément sénile mettre sa conduite d'accord avcc ses idées, et tel qui se prétend le maître de l'univers s'amuse avec une poupée ou éclate en sanglots sans motifs. Il faut avouer cependant que l'optimisme général, la satisfaction béate de la paralysie générale, sont ici fort rares. C'est, qu'en effet, le dément sénile est plutôt un déprimé. Se lamentant sans cesse, et souvent véritable *gémisseur* comme ceux qu'a décrits Morel de Rouen, s'il a dcs conceptions ambitieuses, il se plaindra qu'on traite avec si

peu d'égards un homme de sa qualité, et différera beaucoup du paralytique général qui prend la limonade vineuse de l'hôpital pour de l'excellent bordeaux. Ces idées de grandeur sont le plus souvent fugaces, mais leur apparition comporte une aggravation du pronostic.

Observation II

(Clinique de l'asile Sainte-Anne) (1).

Su... Guillaume, 65 ans, graveur, entré à la clinique le 4 février 1885.

Père mort à 64 ans, d'un accident. Mère morte à près de 100 ans, santé très robuste. Le père du malade avait onze frères et sept sœurs. Le malade a eu cinq frères et une sœur. Il ne veut pas entretenir de relations avec eux, parce que, dit-il, ils ont trop d'enfants. Il a un fils naturel bien portant.

Pas de troubles, ni d'affaiblissement intellectuel : pas d'accidents alcooliques. Le malade raconte que le 31 décembre son propriétaire s'est introduit chez lui à l'aide d'une fausse clef pour lui voler son invention (une embarcatiou nouvelle pouvant être mise en mouvement à l'aide d'un moteur ingénieux et qui devait lui rapporter des millions). A la suite de cette circonstance, il a rédigé une plainte qu'il porta au Procureur de la République. A quelqucs jours de là, on vint le surprendre chez lui la nuit et on le conduisit à Mazas. Il a été renvoyé d'une prévention de coups et outrages.

Mais laissons la parole au malade.

Ma famille descend des princes régnants du Tyrol. Ils ont abandonné leurs titres parce qu'ils ne voulaient pas de la noblesse. Mon père était, de son temps, le plus grand métallurgiste connu.

1. Cette observation a fait le sujet d'une leçon magistrale de M. le professeur Ball sur le délire ambitieux.

Il est l'inventeur véritable de l'analyse spectrale, que j'ai ressuscitée trente ans plus tard, bien avant la publication de Bunsen et de Kirchoff. J'avais neuf ans quand mon père est mort.

A l'école primaire j'ai brillé comme une étoile. Sorti de l'école primaire, j'ai fréquenté l'école des Beaux-Arts à Munich et à Stuttgard. J'étais né pour l'étude ; étant tout jeune j'ai lu le livre de Gall. Si je ne l'avais pas lu j'aurais fait ce travail-là. Un jour je suis entré dans un musée et je me suis mis à modeler une tête de Niobé, j'ai réussi du premier coup, quoique n'ayant jamais appris à modeler. Le professeur Wagner a dit devant moi à tout le monde : « Voici un jeune homme qui a fait en un jour ce que je ne ferais pas en un mois. » Tout ce que je sais, je l'ai appris par moi-même, par les lectures nombreuses et variées que j'ai faites un peu partout, en Allemagne, en Suisse et en France. Depuis 1842, j'ai commencé ma vie scientifique ; je fais des cours, je publie des brochures, mais tout cela ne me rapporte rien et je suis obligé de vendre mes dessins pour vivre.

Jusqu'à ces derniers temps, je gagnais assez, je travaillais pour 300 bijoutiers, et j'étais le premier dessinateur du monde pour bijouterie et modèle d'art. Je faisais aussi de la peinture à l'huile, de la sculpture, des objets en nacre et en ivoire. En moyenne, je gagnais de 300 à 400 francs par jour, mais maintenant, l'inspiration n'est plus aussi vive et la santé est moins bonne. J'ai préparé un grand travail qui sera mon testament artistique ; il y a là 80 planches qui sont toutes des chefs-d'œuvres. Si j'arrive à les publier je pourrai vivre de mes rentes.

Le malade a quitté la clinique le 18 août 1885, très calme et très inoffensif, mais conservant toutes ses idées délirantes de grandeur.

Les quelques idées de persécution qu'il présentait à son entrée étaient en partie fondées ; dans la maison qu'il habitait il y avait des jeunes gens qui se permettaient à son égard des plaisanteries d'un goût douteux.

D'ailleurs ces idées de persécution étaient tout à fait accessoi-

res et passagères, et quoique n'ayant sur ses antécédents que peu de renseignements, nous croyons pouvoir affirmer que ce n'était pas un ancien persécuté arrivé à la période ambitieuse. Il faut ajouter qu'il y avait une part de vérité dans ce que disait le malade ; il était en effet très habile dans l'exécution de certains petits travaux manuels.

Observation III

Recueillie à la clinique de Sainte-Anne.

M... Catherine, brodeuse, 65 ans.

Entrée le 22 novembre 1890.

Certificats d'entrée :

Affaiblissement des facultés. Délire mélancolique, hallucination. Idées de persécution. On est jaloux d'elle, on la domine. Attitude bizarre, fixité du regard, immobilité. Paroles rares prononcées à voix basse. Refus d'aliments. Insomnie. Absence de renseignements.

Signé : Dr Garnier.

Démence sénile délirante. Idées mélancoliques, idées de persécution. On lui fait des misères. On est jaloux d'elle. Idées de grandeur. Elle est l'impératrice de France, et va épouser Auguste, empereur de France. Misère. Gale.

Signé : Dr Rouillard.

Cette malade se lamente sans cesse. Elle gémit de l'abandon où la laisse Auguste Ier qui la contraint à être chiffonnière pour vivre. Elle ramasse des bouts d'étoffe rouge et les épingles à son corsage. Elle trouve qu'on ne lui rend pas assez d'égards. Ce délire de grandeur disparaît au bout de quinze jours, mais la malade gâte trois ou quatre fois. Elle a la mémoire très affaiblie, et croit être dans la maison depuis plusieurs années.

Transférée au bureau central d'admission le 26 décembre 1890.

B. — *Idées de persécution.*

C'est-à dessein que nous n'employons pas ici le terme, délire de persécution. Celui-ci, en effet, est une entité morbide, et si on le rencontre souvent chez les vieillards, c'est que les délirants persécutés (maladie de Lasègue) vivent vieux. Nous reviendrons plus loin sur cette question.

Les idées de persécution sont certainement le trouble le plus fréquemment observé ; sans aucun doute, il n'est que l'exagération de ce sentiment de défiance qu'ont fait naître dans l'esprit du vieillard les mille déceptions de la vie. Aussi est-il plus difficile qu'on ne pense de se rendre un compte exact de ces idées de persécution. Elles ont souvent pour base un fait réel comme dans notre observation II et l'on ne peut toujours y distinguer le vrai du faux. Cela surtout dans la population ouvrière et rurale où le vieillard, ne pouvant plus travailler, est considéré comme une charge, un fardeau porté avec peine, et dont on voudrait se voir allégé. De là, des vexations quotidiennes, le pain et les soins donnés comme à regret et avec ennui. Le vieillard ne tarde pas à se rendre compte des sentiments qu'on nourrit à son égard, et, l'imagination travaillant, il arrive à coordonner certains faits, à amplifier certains autres, à en inventer d'imaginaires. Il édifie ainsi son véritable délire.

Ces réserves faites, nous dirons que les idées de persécution présentent dans la démence sénile délirante

quelques caractères particuliers. Tout d'abord, elles sont multiples. Ce n'est pas telle ou telle personne que le malade choisit comme persécuteur. C'est le plus souvent vague et indéterminé. On le regarde de travers, on lui en veut, on chuchote en sa présence, on ourdit des complots ; on veut l'empoisonner, on veut le faire mourir à petit feu, etc., etc. Ou bien ce sont les francs-maçons, les jésuites, la police, qui le guettent, d'où une claustration forcée et une horreur invincible de sortir. Ces idées de persécution ont aussi pour caractère d'être mobiles. Elles se portent aujourd'hui sur telle personne de son entourage et demain sur telle autre. Tantôt le persécuteur est un homme qu'il a connu autrefois (nous savons quelle est la vivacité des souvenirs anciens chez le vieillard), et peut-être mort depuis longtemps, tantôt un personnage politique que le malade n'a jamais vu, tantôt un être chéri, femme, fils ou fille, dont l'affection et le dévouement sont mal payés de retour. Mais si ces idées de persécution sont mobiles, elles sont en même temps fugaces, ne s'implantent pas dans ce cerveau dont les cellules sont atrophiées et dissociées. Et le vieillard qui le matin a accusé sa fille de l'empoisonner, trouve dans son émotivité spéciale des accents de tendresse touchante et la couvre de caresses. On croirait au premier abord trouver dans ces idées de persécution tous les éléments du délire, de la maladie de Lasègue, mais elles en sont très éloignées. Elles ne sont pas coordonnées, elles sont multiples, mobiles et fugaces, et le vieillard n'arrive pas à la période de systématisation, son délire ne se cristallise pas, selon l'heureuse expression de M. Falret.

C'est une complication de la démence sénile, ce n'est pas une maladie surajoutée.

Ces idées peuvent être alimentées par des *hallucinations* ou les reconnaître pour cause. Et ces hallucinations présentent les mêmes caractères que nous venons d'énumérer pour les idées de persécution. Elles peuvent affecter tel ou tel sens, ou tous les sens à la fois. Les hallucinations de l'ouïe sont fréquentes, surtout chez les vieillards atteints de surdité. Ce sont des voix partant de gauche, de droite, du plafond ou du plancher, des chants, des cris, etc. Mais contrairement à ce qui arrive dans le délire des persécutions, les hallucinations de l'ouïe n'ont pas toujours le caractère injurieux. Ce sont le plus souvent des conversations sans importance qui sont entendues, parfois cependant des propos orduriers. Les hallucinations du goût et de l'odorat s'observent plus souvent. D'où les idées d'empoisonnement, qui font croire au malade qu'on a mis de l'arsenic dans ses mets pour hâter sa succession, d'où l'odeur infecte qu'il croit répandre dans la chambre et dans le lit. L'origine de ces troubles est certainement dans le mauvais état du tube digestif. Il faut convenir cependant que, comme les autres sens, ces hallucinations ne sont pas toujours désagréables. On a vu, à Sainte-Anne, une démente sénile, casser en hiver de petites branches dans le jardin, et les flairer avec plaisir, disant que c'étaient des roses.

Les hallucinations de la sensibilité générale sont très fréquentes aussi. Les malades se plaignent d'être brutalisés, pincés, battus, font voir des ecchymoses imaginaires, etc. Nous avons vu dans le service de M. le professeur

Ball une vieille femme qui se plaignait tous les matins que ses voisins l'injuriaient et la battaient, venaient l'écorcher toute vive dans son lit. Or, elle avait pour voisines, dans sa salle, une hémiplégique, et une femme atteinte de paralysie générale arrivée à la dernière période.

Il y a aussi des hallucinations génitales, nous y reviendrons plus loin.

Enfin les plus communes sont, sans contredit, les hallucinations de la vue. Qu'il y ait ou non de l'alcoolisme, on constate très souvent de la zoopie. Parfois elles sont terrifiantes, et le malade hurle; d'autres fois elles sont gaies: c'est une fête, des prairies verdoyantes, des oiseaux, des fleurs, etc. Le plus souvent, elles sont insignifiantes et vagues. Ce sont des ombrages qui se promènent dans les rideaux du lit, ce sont des personnes connues autrefois, père, mère, amis décédés, qui se présentent à la vue, d'où la faculté avec laquelle le spiritisme fait des prosélytes chez les gens âgés. Ce sont aussi des visions célestes, Dieu, les anges, les saints du paradis, etc., tous phénomènes qui ne sont qu'une réviviscence mnémonique.

Comme toutes les conceptions délirantes de la vieillesse, les hallucinations sont essentiellement mobiles, multiples et fugaces, oubliées dès le lendemain. Ce n'est cependant pas une règle absolue. M. le Dr Thivet a vu à Charenton un vieillard qui se plaint tous les jours de deux serruriers qui, depuis près de trois ans viennent, régulièrement dans sa chambre, la nuit, desceller les barreaux de sa fenêtre.

On observe encore un trouble plus commun, les illusions et les interprétations délirantes.

La vue ayant baissé, l'ouïe étant plus dure, le vieillard voit des gens mal intentionnés, prend ses interlocuteurs pour des gendarmes, interprète à faux les conversations les plus insignifiantes, les bruits de la rue, etc., et sur ces données vagues bâtit un véritable roman.

Nous trouvons, il est vrai, ce symptôme dans bon nombre d'autres affections mentales, notamment dans l'alcoolisme chronique et dans le délire des persécutions. Il n'a rien ici de caractéristique, c'est vrai, mais il a autant de valeur que d'autres symptômes psycho-sensoriels, tels que les hallucinations.

Observation IV

(Clinique de l'Asile Sainte-Anne).

S... Thérèse, journalière, 55 ans, entrée à la Clinique le 28 décembre 1889, décédée le 23 janvier 1891.

Démence sénile délirante, avec prédominance d'idées de persécution. Apparence de systématisation dans son délire. Elle est persécutée par des Allemands, et notamment depuis quatre ans par un jeune homme qui l'a recherchée il y a quarante-huit ans (Ce jeune homme est mort depuis trente ans). Un homme inconnu a voulu il y a peu de jours abuser d'elle dans les bois, elle s'est refusée à avoir des rapports avec lui parce qu'elle avait du linge propre et qu'il risquait de la tacher. Hallucinations de l'ouïe, de l'odorat et de la sensibilité générale.

Préoccupations hypocondriaques. Son persécuteur a une boîte qui tourne et envoie à travers les murs, des piqûres, des insultes et des odeurs. Elle est allée se plaindre chez le commissaire de

police. Très léger tremblement. Insomnie. Excès alcooliques probables.

Observation V.

(Clinique de l'asile Sainte-Anne).

F. Louise, cuisinière, 60 ans, entrée le 20 janvier, sortie le 3 mars 1891.

Démence sénile délirante. Idées de persécution. Paralysie faciale ancienne. Agitation continuelle, ne cesse de marcher dans sa chambre, dit que tout la contrarie, ne peut supporter qu'on fasse son ménage dont elle-même ne s'occupe plus depuis longtemps. Elle a parfois conscience de son état, et dit qu'elle sent elle-même que son intelligence s'affaiblit de plus en plus. Parfois elle pousse des cris sans motifs et chasse les personnes qui se présentent. Elle empêche son mari de se livrer à aucun travail et a parfois contre lui des accès subits de colère. Est devenue très malpropre.

Observation VI

Clinique de l'asile Sainte-Anne.

C... Jean, ancien infirmier, 74 ans.

Certificats d'entrée :

Première entrée le 18 août 1882.

Affaiblissement très marqué. Hallucination. Persécutions. Eclairs. « Les grandes personnes sont noires, les enfants sont rouges. » Insomnie. Visions.

Signé : Dr Faure.

Est atteint d'affaiblissement des facultés mentales avec délire mélancolique et idées de persécution. Idées de suicide.

Signé : Dr Magnan.

Deuxième entrée le 12 janvier 1885.

Délire chronique avec prédominance d'idées mélancoliques. Hallucinations de la sensibilité générale. On lui tond le dos ; un crâbe lui écorche la tête. Hallucinations de l'ouïe. On l'appelle par son nom, on lui dit des injures. Cauchemars nocturnes. Visions effrayantes. Affaiblissement des membres inférieurs, inégalité pupillaire.

Signé : Dr Féré.

Sénilité, délire hypocondriaque. Idées mélancoliques. Hallucinations de la vue et du toucher.

Signé : Dr Gilson.

Il a été gardien à Charenton ; était autrefois tapissier. Il souffre de la tête comme si on lui travaillait l'intérieur de la tête. Il souffre du dos. Il lui est arrivé de croire qu'il avait une bête dans la tête qui serait entrée dans son corps pendant la guerre de 1870 pendant qu'il dormait en plein air. Il se plaint d'être suivi par tout le monde. On crie derrière lui, on lui lance des injures.

Ce délire dure quelques mois et le malade s'affaiblit de plus en plus.

En décembre 1890 nombreuses attaques apoplectiformes.

Decédé dans le marasme le 23 décembre.

Observation VII

(Clinique de l'Asile Sainte-Anne).

R... Eugène, employé de commerce, 78 ans, entré le 28 octobre 1888.

Pas de renseignements précis sur sa famille. Les certificats d'entrée mentionnent que R... est atteint de délire de persécutions avec hallucinations nombreuses.

Depuis quelques mois il se tourmente, s'inquiète, croit qu'il va être ruiné, qu'on va le dépouiller. Il ne dort plus, court sans

cesse dans la maison, cache ses papiers, ses objets précieux. Ne mange plus, s'imagine que ses plus grands ennemis sont différentes personnes de son pays entre autres le chef de gare et un cafetier voisin. A son entrée il est très anxieux : « Sa femme est morte; il n'a plus rien, on a tout pris dans sa maison, ses meubles, ses papiers, tout, il n'a même plus de quoi écrire. Le chef de gare est à la tête de ceux qui ont pillé chez lui.

Il se présente sous l'aspect d'un vieillard petit, maigre, bien conservé, on ne lui donnerait pas son âge. Hallucination de l'ouïe. Il entend le téléphone qui de M... sa résidence, lui annonce que sa femme est morte, qu'on l'a enterrée, que sa maison est vide, qu'il n'a plus rien. Il se lève la nuit pour aller écouter aux portes. Dans la journée il reste dans un coin de la cour où viennent les communications de M.

Novembre 1888.— Toujours tourmenté, hallucination de l'ouïe. Pas de changement.

Cet état ne se modifie guère jusqu'au mois de février 1889. Le délire est toujours le même. Vers la fin de février il devient un peu plus calme, mais cette tranquillité n'est qu'apparente; les troubles cérébraux sont toujours profonds. Jamais il n'a voulu reconnaître que sa femme n'était pas morte.

28 mars. — Le matin il est pris subitement de diarrhée. On le couche, on cherche à le réchauffer. Il tombe dans le collapsus et le coma.

Décédé le 29 mars à onze heures du matin.

L'autopsie n'a pu être faite.

C. — *Délire mélancolique et hypocondriaque.*

Ce délire est fort commun, soit isolé, soit allié aux idées de persécution. Les idées mélancoliques s'expliquent, ce nous semble, suffisamment par le sentiment de tristesse que doivent provoquer les deuils qui s'accumulent

autour d'un vieillard. Les vieillards tristes, lypémaniaques, sont plus nombreux que les vieillards gais. Mais il y a plus ici. Il y a l'état physique, qui est certainement le facteur étiologique le plus puissant. Nous sommes, comme M. le professeur Ball, notre maître, intimement convaincu que la mélancolie n'est pas une entité morbide, mais un état général auquel le physique a autant de part que le moral. Ainsi cet état est lié le plus souvent à des maladies du tube digestif ou des organes génito-urinaires. Nous en reparlerons plus loin. Ce qui est vrai des idées mélancoliques l'est aussi des idées hypocondriaques. Les vieillards sont volontiers des malades imaginaires plus préoccupés de leur santé que de toute autre chose. Il importe cependant de faire une distinction importante au point de vue du pronostic, quoique souvent difficile à établir entre les idées mélancoliques ou hypocondriaques et le délire. Entre ces deux états, il n'y a pas que la seule intensité des conceptions délirantes pour faire cette démarcation, il y a aussi la persistance des idées et leur envahissement de l'intelligence tout entière. Il y a surtout l'état physique.

Enfin nous signalerons une cause d'erreur très fréquente. Le mutisme, l'apathie, l'indifférence du vieillard aux choses du dehors, son air désolé, navré, font croire souvent à un délire mélancolique. Au fond, beaucoup de vieillards ne pensent presque pas. La cérébration est lente. Elle est restreinte. L'irrigation insuffisante du système nerveux, la raréfaction des cellules, nous prouvent que la torpeur des vieillards, différant en cela de la mélancolie avec stupeur, se rapproche de l'état apathique des paralytiques

généraux à forme démente et des autres malades cérébralement infervorisés.

Observation VIII

(Maison nationale de Charenton).

Mme C..., âgée de 68 ans, entrée à l'asile de Charenton le 4 septembre 1888.

Pas d'antécédents héréditaires. Elle s'est toujours bien portée, quand, en 1886, sans aucune raison apparente, son caractère commence à s'assombrir. Elle devient triste, maussade, ne s'occupe plus de son intérieur, ne s'intéresse plus à sa famille. On la conduisit dans une maison de santé où elle resta deux ans. Elle était tellement améliorée qu'on fut sur le point de lui rendre la liberté. Mais depuis quelques jours son état s'aggrave, elle gémit continuellement, anxieuse, elle a peur au moindre bruit, répond aux questions qu'on lui fait : je ne sais pas ce que cela veut dire ; son visage exprime la crainte, parfois même la terreur. Elle est tourmentée par des idées de culpabilité, elle est cause du malheur de ses enfants ; elle pense à eux et pleure.

On observe quelques lacunes dans sa mémoire.

Un de ses fils s'est marié dernièrement, elle ne se souvient plus de son nom, ni de sa demeure.

Parfois il est difficile de la faire parler ; il faut insister et on n'obtient que ces mots : « Ah ! mon Dieu... mes enfants... Ces pauvres enfants qui n'ont jamais fait de mal à personne. » L'appétit est assez bon et le sommeil n'est que peu troublé.

Elle porte toujours les mains à sa tête et s'épile le cuir chevelu, au point que de chaque côté, au-dessus des tempes, la région est entièrement dénudée. Le pouls est petit, assez rapide. C'est dans cet état qu'elle est amenée dans le service le 5 septembre. La malade s'est un peu calmée pendant la journée, mais elle n'a pas dormi, elle a appelé ses enfants toute la nuit.

Le 18. — Toujours très anxieuse, se lamente, mange peu, refuse toute espèce de médicaments. Petites érosions sur le sommet du crâne.

Le 24. — Elle s'agite et frappe plusieurs malades de la division. Ses ongles étant très longs, on veut les lui couper, elle refuse parce que cela lui porterait malheur.

Le 26. — Calme, répond plus volontiers ; elle sent qu'elle est mieux portante.

Le 8 octobre. — De nouveau, inquiète, se met à pleurer quand on lui parle. Elle ne reverra jamais ses enfants ; elle ne comprend rien à cela. Ne peut rester en place. Quelques tendances impulsives.

15 novembre. — Même état.

1er décembre. — Gémissements continuels.

Refus d'aliments. On la nourrit à l'aide de la sonde œsophagienne.

Observation IX

Clinique de l'asile Sainte-Anne.

L... Anne, sans profession, 64 ans.

Certificats d'entrée : 1er décembre 1889.

Démence sénile. Délire mélancolique. Torts imaginaires. Croit être cause du cancer qu'elle a au sein droit. Terreurs. Excitation passagère. Insomnie.

Signé : Dr Legros.

Démence sénile délirante avec dépression mélancolique. Idées de culpabilité et de déshonneur. Est cause de tous les malheurs qui arrivent à sa famille. Le cancer qu'elle a eu au sein droit a été pour elle une expiation bien méritée.

Signé : Dr Rouillard.

On n'avait jamais rien remarqué d'anormal chez la malade avant son entrée à l'hôpital Beaujon où elle était allée se faire

opérer d'un cancer du sein droit. Ce n'est qu'après l'opération qu'elle commença à manifester des idées de culpabilité et de déshonneur pour sa famille. Elle prétend être une grande coupable parce que c'est elle qui en se frappant a causé son cancer. Opérée le 9 septembre par M. le Dr Quésin qui aurait parlé d'une généralisation possible au cerveau.

Tentatives de suicide. Se précipitait la tête contre les murs. A voulu s'empoisonner avec de l'eau de cuivre.

A l'asile, idées de suicide. A voulu s'étrangler à plusieurs reprises.

D. — *Délire religieux.*

Le délire religieux, si fréquent autrefois, et qui, aux siècles passés dominait la pathologie mentale toute entière, est relativement rare aujourd'hui. Depuis les grandes épidémies démonomaniaques du moyen-âge et de la renaissance, il s'est fait une évolution dans les préoccupations du public, et les idées religieuses ont perdu la première place qu'elles occupaient.

Cependant, c'est encore dans la démence sénile que l'on rencontre le plus souvent les préoccupations religieuses, On les y observe à tous les degrés.

Depuis la simple exagération d'une piété superstitieuse, jusqu'au véritable délire religieux. A leur degré le plus faible, ces idées ne reconnaissent pas d'autre cause que l'amnésie (sur laquelle nous avons déjà insisté), des faits récents et la reviviscence des souvenirs de l'enfance, et des croyances inculquées à cette époque.

« Là est le secret, dit M. le professeur Ball, de ces conversions suprêmes dont beaucoup d'hommes et non des

moins édifiants, donnent le spectacle édifiant à la fin de leur vie (1). » Parvenu même à son point culminant, le délire religieux se ressent certainement de son origine, de l'éducation. C'est l'avis de M. Dupain (2). Dans la démence sénile, dit cet auteur, le délire religieux ne possède point d'autonomie propre. Il est la conséquence d'une manière d'être antérieure dont la démence est la suite obligée. Il est, en outre, incohérent, dissocié, puéril, à la manière de l'incohérence, de la dissociation, de la puérilité de la démence. Tantôt est intimement lié à des idées mélancoliques, hypocondriaques ou de persécution ; et le malade se croit condamné aux flammes de l'enfer, est en proie à des idées de culpabilité imaginaire, refuse de manger, pour gagner le ciel en jeûnant, se croit possédé du démon, etc. Tantôt ce délire n'est qu'une variété du délire des grandeurs. On ne peut en effet nier le caractère ambitieux du délire d'un homme qui se croit la quatrième personne de la Sainte-Trinité, ou d'un testament comme celui-ci : « Entre le grand Dieu souverain, l'Éternel tout puissant et tout sage d'une part ; et moi, soussigné Isaac Vuagneux, notaire, d'autre part, etc. (cité par M. Ball).

Il est inutile d'insister sur ce point. Mais, le délire religieux est d'une grande gravité. Malgré leur mobilité, l'apparition des idées religieuses délirantes comporte une aggravation du pronostic.

1. Ball. *Leçons sur les maladies mentales.*

2. Dupain. *Etude clinique sur le délire religieux.* Thèse de Paris, 1888.

Observation X

(Maison Nationale de Charenton).
Observation communiquée par M. le Dr Nivet.

M. Mes..., âgé de 70 ans, ancien notaire, entré à l'asile de Charenton le 24 février 1886.

L'examen de ses antécédents héréditaires nous apprend qu'il est le fils d'un père nettement alcoolique; que sa sœur est aliénée (délire mélancolique), que le fils de cette sœur a été également aliéné dans une maison de santé.

Mes..., a toujours eu un caractère violent, irritable, il n'a jamais été malade. Il n'avait pas de pratiques religieuses.

Pas d'excès d'aucune nature. Il y a un an, à la suite de soucis d'argent, de déception, il devient craintif, inquiet, mais ne délire pas. Le calme renaît bientôt. Il paraissait avoir abandonné toute espèce de préoccupation, quand, ces jours derniers, il s'assombrit de nouveau, se croit perdu. Il fait une tentative de suicide. On le fait interner.

Certificat immédiat. — Est atteint de lypémanie; agitation inconsciente, idées de suicide.

28 février. — Mes... se croit ruiné; tout son bien est parti en fumée. Hallucination de l'ouïe et troubles de la sensibilité générale. Il entend des êtres surnaturels et entretient des relations suivies avec eux. Mémoire très affaiblie. Affections conservées.

2 mars. — Le malade est très agité. Il s'exprime ainsi : « Je suis damné, je ne veux pas que vous m'approchiez ; vous seriez damné aussi... Je suis un malheureux. J'ai perdu le paradis... etc. Pourquoi suis-je tout nu ? pourquoi m'a-t-on retiré mes vêtements ? C'est ainsi que je vais paraître devant Dieu qui m'a déjà condamné.

Avril. — Il se croit mort ; on l'a tué, puis jeté dans une chaudière.

Juin. — Il est un peu plus calme qu'au moment de son entrée, mais il continue à se préoccuper de sa santé, se plaint qu'on le fait trop manger... etc. Ces jours derniers il a eu une légère congestion (vertige) qui n'a pas laissé de traces. Le 30 juin, dans la nuit, sans que rien ait pu trahir l'état de son esprit, le malade essaie de s'étrangler au moyen de la sangle de son lit. On arrive juste à temps pour le détacher.

Depuis cette époque, son délire est toujours aussi actif, et les idées religieuses sont celles qui prédominent. Il mange un peu mieux, mais son sommeil est toujours troublé par des hallucinations de toute sorte.

Mars 1889. — Le malade est emporté rapidement par une pneumonie double.

E. — *Délire érotique.*

La transition est toute naturelle pour parler ici du délire érotique. En effet, si le délire érotique peut exister sans idées religieuses, il est excessivement rare que le délire religieux, quelle que soit son origine, ne soit pas accompagné d'idées érotiques. Tout au moins y a-t-il des hallucinations du sens génital, témoin la fameuse affaire des possédées de Loudou au XVIIe siècle.

Chez le vieillard on peut observer, et c'est là le plus souvent un prodrome de la démence sénile, comme c'est aussi un prodrome de la paralysie générale des aliénés, une grande surexcitation génésique. Les éléments séniles sentent se réveiller leur ardeur érotique, poursuivent de leurs assiduités des femmes et des enfants, se livrent à des attentats à la pudeur, se complaisent dans des conversations ordurières ou dans la lecture de livres obscè-

nes, etc... Au début et lorsque les faits ne se passent pas en dehors de la vie conjugale, cette verdeur donne le change au malade et même à l'entourage qui y voit une preuve de force, alors que c'est un symptôme des plus graves. Il faut se rappeler que si, au déclin de la maladie, et, tombé dans le gâtisme le plus complet, le malade se livre à la masturbation, comme celui qui fait l'objet de notre première observation, c'est le plus souvent au début, alors que les facultés ont conservé encore tout leur éclat, que se produit cette suractivité de la sphère génitale. Le fait est des plus importants au point de vue médico-légal.

IV

ACTES DES DÉMENTS SÉNILES.

Sous l'influence des idées délirantes, ou sous la pression des hallucinations, ou par le fait seul de cette excitation génitale que nous venons de signaler, le vieillard est poussé à commettre certains crimes et délits, dont l'importance au point de vue médico-légal n'échappera à personne.

La turbulence maniaque peut pousser le malade à l'homicide. C'est ainsi qu'un vieillard dément qui, dans l'espace de peu de jours avait eu des rapports avec une vingtaine de femmes, tua sa fille par jalousie (Despines). Telle aussi cette femme que nous avons vue dans le service de M. le professeur Ball, et qui en décembre dernier à Vincennes, tua une de ses voisines parce que ses ronflements l'empêchaient de dormir. Le plus souvent l'homicide et le suicide se ressentent heureusement de la maladresse et de la faiblesse physique, et le malheur n'est pas complètement consommé. Au point de vue des caractères de l'acte, on voit toujours qu'il est hors de proportion avec le mobile invoqué et frappé au coin de l'insanité. L'oblitération du sens moral fait aussi que le vieillard ne cherche point à se disculper d'un acte dont il ne saisit pas la portée.

L'excitation peut pousser le malade à des excès alcooli-

ques, à une vraie dipsomanie, quoique le fait soit rare. C'est aussi, de la kleptomanie, des vols ridicules et nombreux. Certains volent toujours les mêmes objets; d'autres dérobent des objets disparates et dans les hôpitaux s'emparent même des potions des autres malades. Ils rentrent, comme les paralytiques généraux, dans la catégorie des aliénés ramasseurs, et l'on trouve leurs poches bourrées de cailloux, de débris d'aliments, de monnaie, etc. C'est tantôt par méchanceté, le plus souvent par maladresse, que des incendies sont allumés.

Mais de beaucoup les plus fréquents sont les viols presque toujours incomplètement consommés, et les attentats à la pudeur. Ils ont été magistralement décrits par Lasègue dans sa belle étude sur les exhibitionnistes et récemment par M. Ball (1). Les vieillards s'en tiennent quelquefois heureusement à l'érotomanie. Ils voient l'objet de leur amour ceint d'une auréole de perfection; aussi lui vouent-ils un culte ; ils en parlent toujours et y rêvent la nuit. Ils abandonnent leurs parents, leurs amis, dédaignent la fortune et méprisent les convenances sociales pour se rapprocher de leur idéal. De là ces mariages disproportionnés, qui remplissent de stupeur les héritiers frustrés.

Puis, ce sont les exhibitionnistes, qui vont à heure fixe, périodiquement, et presque toujours dans les mêmes lieux, exhiber platoniquement leurs organes génitaux flétris. D'autres enfin, saisis de nymphomanie ou de satyriasis, se livrent à des attentats sur des enfants.

1. Ball. La *folie érotique,* 1888.

Cette surexcitation génésique est bien des fois liée à l'état des organes génitaux, et reconnaît pour cause des éruptions cutanées, du prurit diabétique ou des affections chroniques de la vessie, amenant une irritation locale (Tardieu).

Le point important à signaler pour tous ces faits, c'est qu'ils sont ordinairement prodromiques de la démence et parfois ne sont accompagnés d'aucun trouble, ni mental, ni physique (Tourdes). D'où les erreurs judiciaires fréquentes ; d'où la nécessité pour l'expert de traîner en longueur son expertise, en attendant qu'un nouveau signe lui permette de plaider l'irresponsabilité.

V

MALADIES MENTALES SE RENCONTRANT CHEZ LES VIEILLARDS.

A. — *Manie.*

Cette affection est très rare chez le vieillard. En effet, M. le Dr Regis, ancien chef de clinique de M. le professeur Ball, qui s'est livré à de sérieuses recherches sur ce point (1), ne trouve de malades maniaques au dessus de cinquante ans, que dans la proportion de 10,5 pour 100. L'accès de manie peut se montrer sous ses diverses formes habituelles et à ses différents degrés : agitation maniaque, excitation maniaque, manie franche, manie symptomatique. Nous n'avons trouvé à l'asile Saint-Anne aucune observation de délire aigu, au-dessus de soixante ans. Ces accès de manie ne présentent d'ailleurs rien de spécial (Goudal) (2). Il est à noter que, dans l'espèce, il est successivement rare d'observer ici un premier accès, en ce sens qu'on a souvent affaire à un nouvel accès de folie intermittente ou de folie circulaire qui se continue pendant la vieillesse, qui a débuté dans l'âge mûr. Ou bien c'est un cas de manie chronique, le malade restant pendant des années dans un état d'excitation permanente, et,

1. Regis. *Note sur quelques cas de folie héréditaire chez les gens âgés. Annales médico-psychologiques.*

2. Gondal. *De l'aliénation mentale des vieillards.* Thèse de Paris.

chose curieuse ne venant que très tardivement dans la démence.

B. — *Mélancolie.*

A des différents degrés, c'est ici l'affection la plus commune.

Il faut admettre avec certains auteurs, notamment avec M. Régis, et avec Skal qui a fait de ce sujet une étude spéciale, que l'homme a comme la femme sa grande climatérique entre cinquante et soixante ans et que l'un et l'autre sont souvent pris à ce moment d'une folie qui revêt d'habitude la forme mélancolique. Il y a cependant quelques particularités à noter. D'abord la fréquence de la mélancolie avec conscience qui s'observe plutôt chez les femmes, les arthritiques, débutant à la ménopause et revenant périodiquement par accès. Puis la forme mélancolique avec stupeur. Les malades sont dans un état de prostration simulant la démence, et tel, qu'avant les travaux de Baillarger, on les prenait pour des idiots. Ces variétés de lypémanie sont, pour ainsi dire, le type de la folie sympathique, l'apanage de la vieillesse. La *folie sympathique* est liée surtout au cancer et aux affections cardiaques, au diabète, aux maladies de la vessie. Tout le monde connaît cet état mental des urinaires, chez lesquels on trouve, au plus haut degré, les tendances au suicide. Il est à noter, dans ces cas de folie sympathique, que la démence fait souvent défaut, que les symptômes physiques s'amendent lorsque la folie apparaît, et que la folie ne se développe presque jamais que chez des héréditaires.

Enfin il est un état mélancolique spécial qu'on pourrait appeler pseudo-démentiel. C'est la *nostalgie des gens âgés* qui, après une carrière honorablement remplie, sont mis à la retraite par les exigences des réglements, ou de ces commerçants, de ces industriels, qui après une vie toute de travail et de privation se retirent après fortune faite. Nous avons vu plusieurs de ces cas de nostalgie parmi les officiers supérieurs de la marine en retraite.

L'ennui, le désœuvrement forcé, le changement d'habitudes, poussent le sujet dans la nostalgie, avec idées de suicide, sitiophobie, démence apparente, bref tout un cortège de symptômes fort graves. Il en est de même après le décès ou simplement l'éloignement (pour cause de mariage, par exemple) d'une personne aimée, fils ou fille (Lunier, Motet). Mais ce n'est pas là de la démence sénile, car cet état peut s'amender et guérir, par le simple fait d'une occupation forcée ou du retour de l'enfant éloigné.

C. — *Délire de persécution ou maladie de Lasègue.*

Essentiellement lente et chronique dans son évolution, cette maladie peut se prolonger jusqu'aux dernières limites de la vieillesse. Dans chaque service d'aliénés, on trouve plusieurs persécutés qui, depuis des années restent stationnaires. On sait que cette maladie présente le phénomène curieux fréquent, mais non fatal, de se transformer en mégalomanie, et de verser en dernier lieu dans la démence. On peut donc trouver chez un vieillard non dément encore des idées de persécution et des idées de grandeur. Mais il importe de faire le diagnostic étiologi-

ques de ces conceptions délirantes. Nous avons insisté plus haut sur le caractère incohérent et puéril des idées de grandeur des déments séniles. Les idées de persécution et de grandeur des vrais persécutés ont au contraire un cachet de systématisation, de cohésion des plus nets, elles sont précises et limitées en nombre.

La différence est grande au point de vue du pronostic. En effet, nous savons que dans la démence sénile, ces idées peuvent s'effacer, le malade reste dément et inoffensif. Au contraire, dans la maladie de Lasègue, si la démence se fait attendre, le malade reste persécuté, et est, comme tous ses pareils, un aliéné des plus dangereux, qu'il est impossible de mettre en liberté.

D. — *Hystérie. Épilepsie.*

Par le fait de l'âge, ces névroses tendent à s'effacer. Les crises s'espacent et le délire est absent. Les vieux épileptiques deviennent plus vite déments, par le fait, et de la sensibilité, et de l'ancienneté de leur maladie. Il va sans dire qu'il ne faut pas confondre avec l'épilepsie ordinaire, les attaques épileptiformes, ni l'épilepsie résultant de tumeurs cérébrales, et qui comportent un pronostic et un traitement spéciaux.

E. — *Alcoolisme.*

La forme la plus fréquente est l'alcoolisme chronique. La marche fatale de l'alcoolisme vers la démence est en-

core précipitée par la sénilité. Le délire et l'alcoolisme chronique ressemble, à s'y méprendre, à celui de la démence sénile délirante. Même amnésie progressive, même état démentiel, même émotivité, même sensiblerie, mêmes rabâchages éternels. Embarras de la parole et tremblement dans les deux affections ; fréquence du délire de grandeurs. Aussi est-il fort difficile de faire une distinction entre les deux maladies. Nous ajouterons que cette distinction importe peu, le pronostic étant le même.

Les autres variétés d'alcoolisme sont très rares ici. M. le Dr Thivet n'a pas, dans la maison de Charenton où les séniles abondent, trouvé un seul cas d'alcoolisme aigu, ni d'alcoolisme subaigu. Ce n'est pas que les vieillards ne puissent faire des excès alcooliques ; mais ces excès doivent être imputés à l'excitation prodromique de la paralysie générale ou de la démence sénile. Enfin, il n'est rien qui ressemble à l'ivresse comme un ictus apoplectique ou l'étonnement cérébral succédant à une chute sur le crâne. Il faut se défier de cette cause d'erreur, trop souvent commise par le public.

F. — *Paralysie générale.*

Inconnue autrefois chez les vieillards, on l'observe maintenant, mais encore rarement. « On observe encore un certain nombre de cas jusqu'à 55 ans dit Toville ; puis vers 60 ans, et au delà de cet âge, ils sont de nouveau une véritable exception. » Sur 300 cas observés par Marie, à Bicêtre, il n'y en avait que 25 de 55 à 60 ans,

3 de 61 à 65 ans, et 4 de 66 à 70 ans. M. Ball citant un paralytique général de 65 ans, pense que ce chiffre peut être considéré comme une limite externe, M. Arnaud (1), dans une statistique importante, n'a rencontré que 3 cas à 63, 64 et 67 ans. M. Rey (2) a publié l'observation d'un paralytique général de 72 ans.

Il y a donc bien une paralysie générale sénile, ou tardive. D'après M. Voisin (3) elle aurait une symptomatologie spéciale. Les troubles intellectuels sont cependant les mêmes que ceux de la paralysie générale classique. Ainsi on observe des idées de richesse démentielles, de l'incohérence dès le début ; mais surtout lorsque la maladie date déjà de quelque temps. La parole est principalement anormée, les troubles physiques moins accentués. Son pronostic est très grave et elle a une évolution rapide, deux ans au maximum. La lésion principale est l'athérome artériel. Aussi elle n'est pas justiciable du traitement antiphlogistique, qui ne ferait que précipiter sa marche.

1. Arnaud. *Recherches cliniques sur la paralysie générale*, 1888.

2. Rey. *Annales médico-psychologiques*, 1885.

3. Cité par Rouillard. *Les pseudo-paralysies générales. Gazette des hôpitaux*, 1888.

VI

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Il faut distinguer ici la démence sénile des états voisins, tels que hémorrhagie cérébrale, embolie, tumeurs cérébrales, d'une façon générale, démence apoplectique. La différence est grande entre ces deux démences. La marche de la maladie d'abord. Pour la démence sénile il peut y avoir rémission, il n'y a pas régression.

Dans la démence apoplectique, au contraire, on voit les gens âgés reprendre après un ictus, l'intégrité complète de leur capital intellectuel et remplir des fonctions importantes. Mais nous n'avons pas à nous occuper ici de l'anatomie pathologique de ces lésions en foyer, circonscrites.

Quant à la démence sénile, deux faits la dominent. D'une part, l'athérome artériel sur l'importance duquel il est inutile d'insister et d'autre part l'atrophie de la substance cérébrale, et notamment de la substance grise. Mais comment mesurer cette atrophie ?

Le poids de l'encéphale nous donne ici la preuve de cette déchéance.

On sait que la moyenne physiologique est de 1323 grammes pour l'homme et de 1200 pour la femme (de 60 à 69 ans).

Or, d'après Bra (1) le poids moyen de l'encéphale dans la démence sénile (l'âge moyen de 68 ans) est de 1249 grammes pour l'homme et de 1154 grammes pour la femme. Il y a donc une diminution de poids considérable. De plus le poids du cervelet étant à l'encéphale chez les déments séniles : : 1 : 7, 62 tandis qu'il est chez les vieillards normaux : : 1 : 7, 89 la diminution de poids porte spécialement sur le cerveau. Ces chiffres résument toutes les recherches antérieures.

De plus les différences constatées entre les deux hémisphères ainsi qu'entre les lobes du cerveau, ont ici une grande importance. Il y a une déséquilibration des plus accentuées.

Le professeur Morselli (de Turin) dit : « Les plus grandes différences de poids sont données par les psychopapathies paralytiques et hémiplégiques, auxquelles succèdent dans l'ordre descendant les folies séniles, mais dans ces cas, la prépondérance d'un hémisphère sur l'autre doit être attribuée aux processus morbides d'atrophie et d'involution cérébrale. »

D'après M. Marandon de Montyel (2) à partir de soixante ans, la prédominance de l'hémisphère droit, sur l'hémisphère gauche est moins fréquente. Quant aux différents lobes, le rapport des différentes parties du cerveau entre elles indique la perte de poids subie dans la vieillesse par les

1. Bra. *Etude sur le poids de l'encéphale dans les maladies mentales.*

2. Marandon de Montyel. *Poids des hémisphères cérébraux chez les aliénés.*

lobes frontaux et les lobes occipitaux n'est pas proportionnelle à la perte de poids subie par le cerveau tout entier.

Pour les régions pariéto-occipitales, au contraire, le rapport au cerveau est plus faible chez les sujets plus âgés (1).

En résumé, l'atrophie porte principalement sur le cerveau, et dans celui-ci sur le lobe gauche et notamment sur les régions pariéto-temporales. Mais ces chiffres n'ont rien d'absolu. Nous avons assisté en effet cet hiver à la Clinique de M. Ball à l'autopsie d'un vieillard de 74 ans, ancien infirmier (c'est notre observation VI), dément sénile depuis dix ans. Il avait un encéphale à artères très athéromateuses mais pesant 1535 grammes !

Nous terminons en reproduisant un tableau fort intéressant de M. le Dr Kleppel chef de laboratoire à Sainte-Anne, tableau comparatif des lésions de la paralysie générale et de la démence sénile.

1. Rey. *Du poids des lobes du cerveau d'après les registres de Broca.*

PARALYSIE GÉNÉRALE ET DÉMENCE SÉNILE

(*Diagnostic histologique différentiel*).

	Paralysie générale.	*Démence sénile.*
I. — Vaisseaux :	Riche vascularisation.	État normal ou diminution.
1° artériels ;	Diapédèse confluente généralisée dès le début.	Pas de diapédèse en dehors des foyers de ramollissement. Dégénérescence granulo-graisseuse en plaque.
2° leurs premières divisions ;	Diapédèse.	Diapédèse moins prononcée.
3° fins capillaires.	Pas ou peu altérés.	Quelques granulations pigmentaires et graisseuses.
II. — Cellules cérébrales :	Altérations multiples et variées (polymorphes).	Altération presque-unique.
1° grandes cellules ;	Moins atrophiées. Granulations pigmentaires de volume moyen. Fines gran. graisseuses.	Atrophie considérable. Grosses granulations ocreuses ou calcaires, rares comme érosion uniquc.
2° cellules rondes.	Proliférées, en amas, peu granuleuses.	Non proliférées. Pas d'amas. Grosses granulations avec atrophie.
III. — Tubes nerveux :		
1° les plus gros ;	Disparus.	Disparus en moindre quantité.
2° les plus fins.	Diminués.	Persistance.
IV. — Névroglie.	Prolifération.	Moins prononcée.

VII

CONCLUSIONS.

Il y a lieu de faire une distinction entre la démence sénile, et les autres maladies mentales que l'on rencontre chez le vieillard.

Il existe un état particulier, absolument semblable au point de vue mental et même physique à la démence sénile, qui se développe chez des sujets jeunes. C'est la sénilité précoce.

La démence sénile peut être simple, sans délire, caractérisée par l'affaiblissement des facultés, et notamment de la mémoire et des sentiments affectifs.

La démence sénile délirante est une complication de cette première forme.

Le délire peut affecter toutes les formes des maladies mentales. Les idées délirantes sont toujours multiples, mobiles et fugaces. Les hallucinations sont très fréquentes surtout celles de l'ouïe et de la vue.

L'agitation est surtout nocturne.

Le délire mélancolique avec idées de persécution est le plus fréquent ; il y a souvent du délire hypocondriaque.

Les idées religieuses, érotiques et de grandeurs, sont ensuite les plus fréquentes.

Lorsque la démence sénile délirante guérit par le fait de la disparition du délire, il reste toujours, comme dans

la paralysie générale, un substratum immuable, la démence.

Les actes criminels les déments serviles, sont principalement, les outrages aux mœurs, les tentatives de viol, les vols, le suicide, rarement l'homicide.

Il est important de savoir que ces actes sont souvent commis dans la période prodromique, avant l'apparition de la démence.

La manie, la mélancolie et surtout la nostalgie des vieillards sont curables lorsqu'il n'y a pas de démence.

Un aliéné sénile peut donc dans un moment de lucidité, faire un testament valable.

Les lésions principales de la démence sénile sont l'athérome artériel et l'atrophie de la substance nerveuse se traduisant par une diminution de poids de l'encéphale et surtout du cerveau.

Vu : le Président de la thèse,
BALL

Vu : pour le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thivet. — De la folie chez les vieillards. Thèse de Paris, 1889.

Ball et Chambord. — Article Démence. Dictionnaire Dechambre.

Foville. — Article Démence. Dictionnaire Jaccoud.

Ball. — Leçons sur les maladies mentales.

Rouillard. — Essai sur les amnésies, 1885.

Journiac. — Du délire hypocondriaque, 1888.

Régis. — Note sur quelques cas de folie héréditaire chez les gens âgés. In annales médico-psychologiques.

Marandon de Montyel. — Poids des hémisphères cérébraux chez les aliénés. Id.

Rey. — Du poids des lobes du cerveau d'après les registres de Broca. Id.

Bra. — Etude sur le poids de l'encéphale dans les maladies mentales.

Rouillard. — Les pseudo-paralysie générales. In gazette des hôpitaux, 1888.

Goudal. — De l'aliénation mentale chez les vieillards.

Charpentier. — Des troubles mentaux dans la sénilité précoce. Annales médico-psychologique, 1885.

Ribot. — Les maladies de la mémoire.

Ribot. — Les maladies de la volonté.

Ball. — La folie érotique.

Arnaud. — Recherches cliniques sur la paralysie générale.

Shisgal. — La loi de régression dans la démence.

TABLE DES MATIÈRES

Henri JOUVE, Imprimeur de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris.